Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel
(Direktor: Prof. Dr. Robert Schröder)

STANFORD UNIVERSITY
APR
26
1938
LIBRARY

Welche Genitalstaten ergibt die Gesundheitsuntersuchung von Antragstellerinnen auf Ehestandsdarlehen?

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät der
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Gerhard Rautmann
aus Braunschweig.

Kiel
— 1936 —

Vervielfältigung:
Vervielfältigungsanstalt E. Hunold, Braunschweig, Wilhelmstraße 105

Nr. 2
Rektoratsjahr 1936/37.

Referent: Prof. Dr. Keßler
Correferent: Prof. Dr. Wiethold

Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. Benninghoff, Dekan i. V.

Eine der vornehmsten Aufgaben unserer nationalsozialistischen Regierung ist die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit. Eine der ersten Grundlagen für die Maßnahmen, die zu ihrer Verminderung getroffen wurden, ist das Gesetz vom 1.6.1933, das neben anderen wichtigen Punkten auch das "Gesetz zur Förderung der Eheschließung' enthält. Es besagt, daß der Staat bereit ist, jeden Volksgenossen, der heiraten will, nach Erfüllen einiger Vorbedingungen durch Ausgabe von Darlehen, den sog.Ehestandsdarlehen, zu unterstützen. Durch die Bedingungen, die dem Bewerber gestellt werden, fordert der Gesetzgeber einmal, daß die Frau bestimmte Zeit in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben muß, daß also durch ihre Verheiratung ein Arbeitsplatz frei wird. Ferner begrenzen die weiteren Durchführungsbestimmungen den Zeitraum, in dem die Ehe geschlossen sein muß für die, die durch die nachher wieder aufgehobene rückwirkende Kraft des Gesetzes in den Genuß des Darlehens kommen konnten. Außerdem verlangt der Staat, daß "beide Kandidaten im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte sind", ferner "daß nach ihrer politischen Einstellung anzunehmen sein muß, daß sich jeder jederzeit rückhaltlos für den nationalen Staat einsetzt", weiter "daß aus Gründen des Leumunds etc. die Rückzahlung des Darlehns nicht in Frage steht" und schließlich, daß "keiner der Partner an geistigen und körperlichen Gebrechen leidet, die seine Verheiratung als nicht im Interesse der Volksgemeinschaft liegend erscheinen lassen." Hier ist aus einem späteren Kommentar hinzuzufügen, daß auch die Antragsteller abschlägig beschieden werden, "die zur Zeit des Antrages an einer Infektionskrankheit oder einer sonstigen das Leben bedrohenden Krankheit leiden." Die letzten Punkte sagen uns, daß der Gesetzgeber neben dem Hauptziel der Erwerbslosenverminderung und Arbeitsbeschaffung - durch Freiwerden von Arbeitsplätzen und vermehrte Anschaffung und Verbrauch von Hausstandsbedarf - ohne Frage auch bevölkerungs- und gesundheitspolitische Ziele verfolgt hat. So wird z.B. bei der Geburt jedes in der Ehe lebend geborenen Kindes 25 % des ursprünglichen Darlehns erlassen, ferner kann nach einer Geburt die weitere Tilgung um ein Jahr unterbrochen werden. Was die

gesundheitspolitische Seite anbetrifft, so soll durch die obligatorischen Untersuchungen die Gewißheit gegeben werden, daß der Staat nur körperlich und geistig Vollwertige unterstützt. Welche Gesichtspunkte dabei zu berücksichtigen sind, zeigt der Gang einer solchen Untersuchung: zunächst stellt der Bewerber einen entsprechenden Antrag beim Gesundheitsamt, das nun von sich aus bei den verschiedenen Stellen, wie im Jugendamt, Fürsorgeamt und Pflegeamt, in den Fürsorgestellen für Lungenkranke, Geschlechtskranke und Geisteskranke anfragt, ob Akten über ihn oder einen seiner nächsten Angehörigen vorhanden sind. Mit diesen evtl. vorliegenden Akten und allen übrigen Papieren - dazu gehören auch Schul- und Berufsschulzeugnisse - kommt er nun zum beamteten Arzt, in dessen Händen die eigentliche Untersuchung liegt. Zunächst erfolgt jetzt die Aufnahme einer genauen Familienanamnese. Sie erstreckt sich einmal auf Feststellung der arischen Abstammung, dann in der Hauptsache auf Symptome von Geisteskrankheiten wie zirkuläres Irresein, Schizophrenie, angeborenen Schwachsinn, erbliche Epilepsie, Veitstanz, Blindheit, Taubheit, schwere körperliche Mißbildung, Alkoholismus und Suicid. Bei der Eigenanamnese sind natürlich die durchgemachten Krankheiten von besonderer Wichtigkeit. Dann wird die eingehende körperliche Untersuchung vorgenommen, die auch eine Augenprüfung auf Sehschärfe und Farbensinn sowie eine Hörprüfung in sich schließt. Eine Harnuntersuchung gehört ebenfalls dazu. Hier in Kiel wird auch jedesmal eine Wassermann'sche Reaktion gemacht, deren Erfolge bereits ihren Wert in diesem Rahmen bewiesen haben. Wird bei einem Bewerber ein geistiger Defekt angenommen, so wird er zu genauer fachärztlicher Untersuchung der Universitäts-Nervenklinik überwiesen. Ferner wird jeder weibliche Bewerber in der Frauenklinik untersucht, ob die Schwangerschaftsfähigkeit eingeschränkt ist. Außer dem Erfüllen einer gesetzlichen Pflicht haben diese Untersuchungen den Vorteil, daß durch sie Erbkrankheiten, die unter das Sterilisationsgesetz fallen, festgestellt werden können, wie es auch hier tatsächlich mehrfach der Fall war, ferner kommen dadurch verschleppte oder nicht beachtete Erkrankungen in die notwendige ärztliche Behandlung, und schließlich gibt die Zusammenstellung der Unter-

suchungsbefunde einen guten Einblick in den Gesundheitszustand der Bevölkerung, die ohne Frage für den Arzt von Wert und Interesse ist. Im ersten Halbjahr nach Inkrafttreten des Gesetzes wurden in der hiesigen Frauenklinik 1350 Frauen untersucht. In Folgendem habe ich die Ergebnisse zusammengestellt, mit anderen Statistiken verglichen und verschiedentlich versucht, sie auszuwerten. In der Form dieser statistischen Zusammenfassung habe ich mich ganz an den Gang der Untersuchung gehalten. Zuerst werde ich also die anamnestischen Erhebungen, dann die Befunde und zum Schluß die Ergebnisse mit ihren Besonderheiten behandeln.

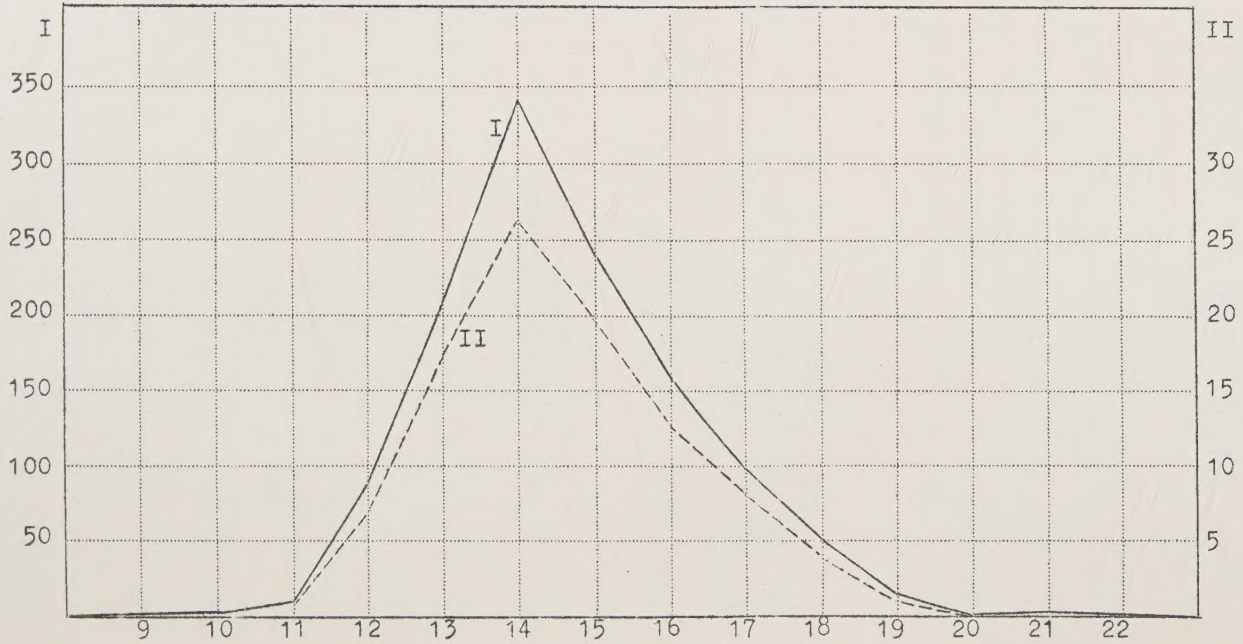
I. Anamnese

Zunächst wurde gefragt, in welchem Alter die Menarche eingetreten ist. Sie bewegt sich hier zwischen dem 9. und 22.Lebensjahr, sodaß das Durchschnittsalter bei 15 1/2 Jahr liegt. Wie sich die einzelnen Werte auf die einzelnen Lebensalter verteilen, zeigt die folgende Tabelle (Tab.1).

Alter	Zahl	in Prozenten
9	1	0,08
10	2	0,16
11	9	0,75
12	85	7,08
13	210	17,50
14	340	26,40
15	238	19,84
16	152	12,56
17	97	8,08
18	49	4,08
19	14	1,16
20	1	0,08
21	2	0,16
22	1	0,08

Tab.1. Menarche.

Graphisch dargestellt sehen die Verhältnisse folgendermaßen aus:



Graphische Darstellung des Eintritts der Menarche

(Kurve II stellt die Verhältnisse in Prozenten dar)

Von den Statistiken, die bisher über die Menarche zusammengestellt sind, ist auch heute noch die von S c h ä f f e r als am zuverlässigsten bekannt, deren Ergebnisse als möglichst alle Fehlerquellen berücksichtigende Werte gelten. Ich will hier kurz diese Zahlen im Vergleich zu denen, die ich erhalten habe, anführen:

Alter	in Prozenten	
	Berlin (Schäffer)	Kiel
9	0,06	0,08
10	0,19	0,16
11	0,86	0,75
12	4,65	7,08
9-12	5,75	8,07
14-16	52,01	65,80
13-18	85,12	88,46

Tab.2. M e n a r c h e

Das Durchschnittsalter ist mit 15 1/2 bei beiden gleich. Wir sehen, daß sich die Werte durchaus ähneln. Die Unterschiede dürften z.T. im Fehler der kleinen Zahl liegen - Schäffers Material bestand aus 10500, das meinige aus 1350 Fällen -, z.T. aber auch rassisch oder klimatisch bedingt sein.

Für das Auftreten der ersten Regelblutung vor vollendetem 12.Lebensjahr, der Menstruatio praecox, fanden wir hier 0.99 %, Schäffer 1.11 %. Ihr Eintritt vor dem 9.Jahre ist nur sehr spärlich. In der gesamten Literatur sind seit dem Jahre 1658 nur 164 Fälle bekannt geworden. Hiervon stellte L e n z bis 1913 130 Fälle zusammen, H ö r m a n n bis 1918 23, S c h r ö d e r ab 1918 11 Fälle. Ohne Frage sind die meisten davon pathologisch, doch hat H ö r m a n n z.B. 34 Schwangerschaften von Mädchen im Alter von 6-13 Jahren angeführt. Von den pathologischen Ursachen dürften Ovarialaffektionen die häufigsten sein. Ferner werden Tumoren der Zirbeldrüse, der Hypophyse oder der Nebenniere angenommen, doch ist deren Einfluß auf die Menstruatio praecox noch nicht mit Sicherheit festgestellt.

Für die Menstruatio tarda, die Menarche, die erst nach Vollendung des 19.Lebensjahres einsetzt, konnten wir hier nur 1.48 % feststellen, während z.B. G r u s - d o r f f zu einem Ergebnis von 7.7 %, Schäffer auf 9.5%, S c h l i c h t i n g auf 12.8 % und M e y e r und K r ü g e r sogar auf 13.7 % kamen. Bei diesen Prozentzahlen der verspäteten Menarche ist das 19. und 20.Lebensjahr verhältnismäßig stark beteiligt, während darüber nur noch einzelne Fälle bekannt sind. Man ist sich auch heute noch nicht einig, wo die Grenze des Physiologischen zu ziehen ist, da äußere Umstände und Lebensbedingungen sowie rassisch bedingte, familiäre und individuelle Veranlagung von ausschlaggebender Bedeutung sind. Doch scheint es richtig, das Einsetzen der Blutung vor dem 12. und nach dem 19.Lebensjahre als pathologisch anzusehen. Wir hätten hier also nur 2.47 % pathologische Fälle.-

Nun zur M e n s t r u a t i o n selbst. Was zunächst die Dauer des Zyclus anbelangt, so liegt bei den Frauen, die angaben, eine vollkommen regelmäßige Wiederkehr der Regel zu haben, der Höchstpunkt bei weitem bei den alle 4 Wochen Menstruierenden. Die folgende Tabelle (Tab.3) zeigt, wie lange der Zyclus bei den übrigen dauert.

Dauer	Zahl
20 Tage	1
21 "	13
22 "	1
24 "	3
25 "	4
26 "	2
28 "	1138
30 "	1
35 "	3
42 "	1

Tab.3. Vollkommen regelmäßige Dauer des Zyclus.

Die Abweichungen, auf die ich später eingehe, sind also verschwindend gering. Unregelmäßige Wiederkehr fand ich nur bei 32 Frauen (2.45 %); davon schwankte sie bei 26 nicht mehr als eine Woche.

Wiederkehr	Zahl
2-3 wöchtl.	2
3-4 "	7
4-5 "	6
5-6 "	8
7-8 "	3
	26
3-5 wöchtl.	3
2-5 "	1
3-6 "	1
3-8 "	1

Tab.4. Unregelmäßig wiederkehrender Cyclus.

Interessant ist der Vergleich mit anderen Statistiken, von denen ich einige hier anführen will. Man sieht, daß das hiesige Ergebnis an günstigster Stelle steht.

Dauer	I	II	III	IV	Kiel
4 Wochen	3178	304	3266	368	1138
3 "	81	13	124	13	13
4-5 "	129	15	116	9	10
3-4 "	235	25	210	38	17
über 5 "	127	13	110	10	12
unter 3 "	33	3	84	9	3
ganz unregelm.	192	9	200	15	6

Tab.5. Unregelmäßige Cycluswiederkehr im Vergleich mit den Ergebnissen anderer Statistiken.

Was ist nun von den Abweichungen vom normalen Cyclus pathologisch? Eine Dauer von mehr als 5 und weniger als 3 Wochen ist es ohne Frage. Ebenso überschreiten Schwankungen von mehr als 3 Tagen bereits die Grenze des Normalen. In dieser Statistik sind also bei günstiger Betrachtung 34 als pathologisch zu bezeichnen.

Andere Untersuchungen haben ergeben, daß 1/4 aller gynäkologischen Patientinnen und 20 % aller geschlechts-

reifen Frauen Unregelmäßigkeiten im Regeltempo zeigen. Für solche Anormalitäten sind im wesentlichen verantwortlich: entzündliche Veränderungen im Becken etc.(47.4 %), chronische Allgemeinschädigungen des Körpers (19.3 %), Hypoplasie (18.4 %), beginnende Klimax (14.9 %). -

Nun zur Dauer der Regelblutung.

Von meinem Material haben nur 16 = 1.4 % völlige Unregelmäßigkeiten (Tab.7). Alle übrigen gaben eine regelmäßige Dauer an. Sie bewegt sich hier zwischen 1 und 9 Tagen. Sieht man eine Spanne von 3-6 Tagen als normal an, so haben 9.51 % aller zu kurze bzw. zu lange Blutungszeit. Natürlich kommt es hierbei auf die Wiederkehr an. In der Literatur herrscht die Ansicht vor, daß eine Dauer von bereits mehr oder weniger als 3-4 Tagen nicht mehr als normal zu bezeichnen sei; diese Grenzen scheinen etwas eng gezogen. Wendete man diese Ansicht für meine Arbeit an, so wären nur 53.42 % normal. Doch stimmen meine Ergebnisse mit denen, die für eine Dauer von 3-5 Tagen allein 80 % errechnet haben, genau überein. 1/5 aller Frauen zeigt also Anomalien. Die Literatur gibt an, daß 14 % pathologische Blutungen haben.

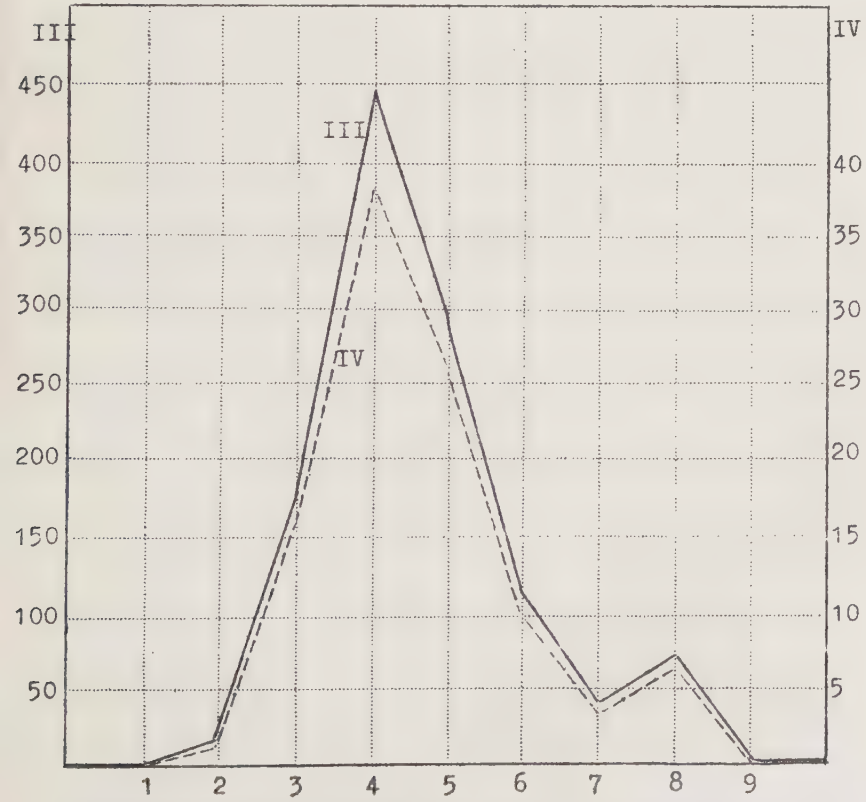
Dauer	Zahl	Prozent
1 Tag	1	0,09
2 Tage	13	1,13
3 "	176	15,4
4 "	442	38,02
5 "	295	25,67
6 "	115	10,00
7 "	33	2,9
8 "	67	6,3
9 "	1	0,09

Tab.6. rglm. Dauer.

Dauer	Zahl
3-5 Tage	2
3-6 "	1
3-7 "	3
4-8 "	1
5-7 "	1
5-8 "	3
6-8 "	2
8-10 "	2
10-12 "	1

Tab.7. unrglm.Dauer

Die graphischen Darstellungen zeigen die Verhältnisse noch klarer.



Graphische Darstellung der Dauer der Menstruationsblutung. (Kurve IV ist die Darstellung in Prozenten)

Hier möchte ich eine Zusammenstellung einfügen, die die hiesigen statistischen Erhebungen mit anderen Statistiken über die Blutungsdauer im Vergleich zeigt.

	1-2 Tage	3-4 Tage	5-6 Tage	7-8 Tage
B. des Boismont	17,2 %	34,9 %	12,4 %	32,7 %
Till	7,0 "	52,9 "	11,7 "	26,4 "
Mayer	6,0 "	34,3 "	25,7 "	28,8 "
Krieger	5,8 "	37,6 "	21,5 "	31,2 "
Raon	17,2 "	46,1 "	19,0 "	15,9 "
Szukil	15,9 "	57,1 "	11,3 "	11,6 "
K i e l	1,22"	53,42 "	35,67"	9,2 "

Tab.8. Dauer der Regelblutung.

Außer den allgemeinen Ursachen wie äußere Einflüsse, Konstitution, psychische Veränderungen, Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, auf denen alle Menstruationsstörungen beruhen können, können für die Amenorrhoe noch Entwicklungsstörungen, Veränderungen des Uterus, entzündliche oder Tumorbildungen im Genitale sowie Allgemeinerkrankungen der Grund sein. Physiologisch ist sie nur vor Eintritt der Geschlechtsreife, nach Eintritt der Klimax, während Gravidität und Lactation. In letzterem Zustande befanden sich 8 Frauen, während bei einer die Blutungsstörung mit Wahrscheinlichkeit auf Klimawechsel beruhte. Die Oligomenorrhoe kann, wie schon gesagt, die gleichen Ursachen haben. Hiervon fand ich 9, die zugleich eine unregelmäßige oder zu seltene Regel hatten. Außerdem hatten 3 davon noch Schmerzen bei der Blutung. Bei einer Frau waren die zu schwachen Menses sicherlich präklimakterisch.

Eine zu starke Blutung zu haben, gaben 27 (2 %) an, von denen 6 ebenfalls Schmerzen hatten. Im ganzen hatten eine schmerzhafte Regel 89 (7,1 %), davon waren 2 schwer dysmenorrhoisch, 9 hatten vor Beginn, 63 während der Blutung Unterleibs- oder Kreuzschmerzen. Von letzteren hatten 13 nur 1 Tag Beschwerden, eine seit ihrer Schwangerschaft. Bei einer Frau traten regelmäßig starke Kopfschmerzen auf. Größere Untersuchungen, deren Ergebnisse

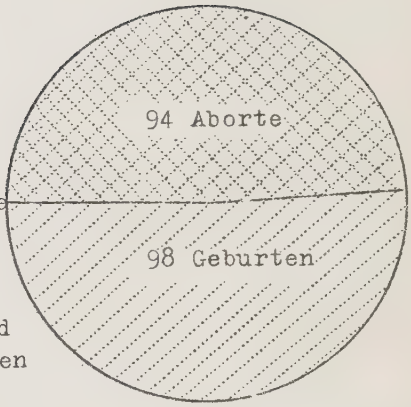
wir in der Literatur finden, haben festgestellt, daß nur 10-25 % aller Frauen gar keine schmerzhaften Menses haben. Hier scheinen die Verhältnisse günstiger zu liegen.

Da das Gesetz, wie ich eingangs sagte, einige Zeit rückwirkende Kraft hatte, waren ein großer Teil der Untersuchten bereits verheiratet. Nur wenig mehr als die Hälfte sind ledig: 50.09 % (676), doch sind hiervon 7 bereits einmal verheiratet gewesen, sodaß also 49.57 % noch nicht Verehelichter 49.91 % Verheirateter gegenüberstehen.

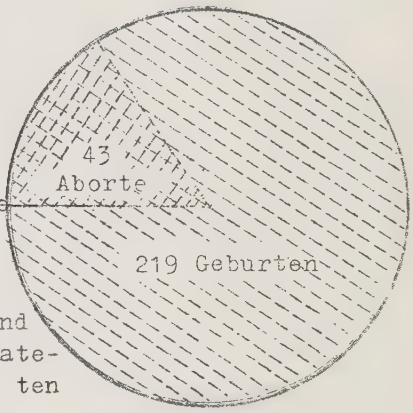
Wieviel von allen diesen Frauen waren nun früher schon einmal schwanger? Im ganzen sind es 454 = 33.6 %, davon waren verheiratet 262 (= 62.1 % von den 454; = 19.4 % von allen), ledig 192 (= 37.9 % von den 454; = 14.2 % von allen 1350). Von den 262 verheirateten Schwangeren kamen nieder: 219, während 43 abortierten, davon 2 zweimal. Von den 192 ledigen Schwangeren abortierten dagegen 94, davon 3 zweimal; nur 98 hiervon haben entbunden.

Ein anschauliches Bild, wie sich die Aborte von Ledigen und Verheirateten zueinander und zur Gesamtzahl verhalten, geben die folgenden Kreise.

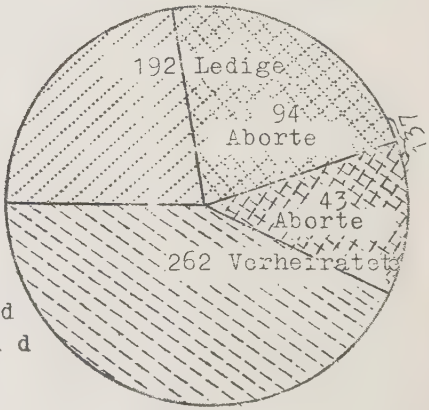
Man sieht deutlich, daß bei den Ledigen das Verhältnis von Aborten zu Geburten fast 1:1 beträgt, bei den Verheirateten jedoch 1:6. Aus der dritten Figur ersieht man, daß fast 1/3 (137 von 454 = 30.2 %!) aller Schwangerschaften mit Abort endigten.



Verhältnis von Aborten und Geburten bei den Ledigen



Verhältnis von Geburten und Aborten bei den Verheirateten



Verhältnis von Aborten und Geburten bei Ledigen u n d Verheirateten

Von den 219 Verheirateten, die geboren haben, wurden 175 einmal entbunden, 33 zweimal, 7 dreimal, 2 viermal, 1 achtmal, 1 Frau bekam Gemini. Das sind zusammen 280 Kinder. Von den 98 Ledigen, die geboren haben, wurden 89 einmal, 9 zweimal entbunden. Das sind 107 Kinder. Es entfallen also auf 454 Schwangerschaften 387 Kinder insgesamt, auf 262 Ehefrauen 280 Kinder, auf 192 Unverheiratete 107 Kinder.

Bei diesen 387 Geburten lagen folgende Besonderheiten und Komplikationen vor: 3 zweite Schädellagen, 2 Beckenendlagen, 4 Steißlagen, 6 Zangengeburten, 1 Wendung, 1 manuelle Placenta-Lösung, 2 Sectio, 3 Frühgeburten (2 7 Monate, 1 8 Monate), 1 Veit-Smellie'sche Steißlage mit halber Extraktion, 1 Hydramnion, 1 Osteogenesis imperfecta. Man kann sagen, daß für die Zahl der Geburten die Zahl der Komplikationen nicht zu hoch ist.

Die letzte anamnestische Frage ist die nach früheren Krankheiten. Im Rahmen dieser Arbeit können nur solche gynäkologischer Art berücksichtigt werden. Insgesamt waren es 37 Frauen, die in diesem Sinne eine Erkrankung gehabt haben, davon hatten allein 16 = 1.2 % eine Gonorrhoe gehabt! Von diesen ist eine Frau schwanger. Die übrigen gaben folgende Krankheiten an: Lues (1), Pelveoperitonitis (7), [davon 4 chronisch, 4 wohl auf Go.-Basis], Dermoidcyste (1, operiert), multiple Myome (1, operiert), Salpingitis (1, operiert), entzündliche Tumoren (1, operiert), Oophoritis (2), Endometritis (1, Abrasio), Parametritis (1).

Wegen Estrauteringravidität sind 3 operiert worden; einen septischen Abort hatte eine, Adnexitis bei Partus ebenfalls eine Frau. Der Prozentsatz beträgt somit 2.7%, ist also nicht sehr hoch.

II. Befund

Die Untersuchung des äußeren Genitale ergab, daß 26 Frauen noch ein unversehrtes Hymen hatten, das sind - von allen gerechnet - nicht ganz 2 %. Doch gibt diese Zahl ein falsches Bild, da ja 681 bereits verheiratet sind bzw. waren. Errechnen wir also die Prozentzahl von 669 Ledigen, so kommen wir auf 3.9 %. Nun sind aber von den

Ledigen jetzt schwanger 140, ziehen wir diese Zahl noch davon ab, so entfallen auf diese 529 Ledige 4.9 % Virgines! Wenn man ebenfalls noch die Zahl der früher Ledig-Schwangeren davon abzieht, so kommen wir zu einem Ergebnis von 337 und zu einer Prozentzahl von 8.3 %. Vielleicht wird dies letzte Ergebnis den tatsächlichen Zuständen am besten gerecht. Als interessante Tatsache will ich nicht versäumen zu erwähnen, daß zwei der Virgines bereits seit mehreren Tagen verheiratet waren! - -

Die Besichtigung der Vulva ergab in 60 Malen eine starke Rötung, in 32 Fällen klaffte sie auffallend. Der Introitus selbst war eng bei 386, weit bei 37 Frauen, bei allen anderen normal. -

Was nun die weitere Untersuchung anbetrifft, so ergab sie, daß 350 der Kandidatinnen schwanger sind, das sind 25.9 % aller. Die Summe teilt sich in 210 Verehelichte = 60 % und 140 Ledige = 40 %. Von 674 Ehefrauen sind also 210 (31.2 %), von 676 Unverheirateten 140 (20.9 %) schwanger.

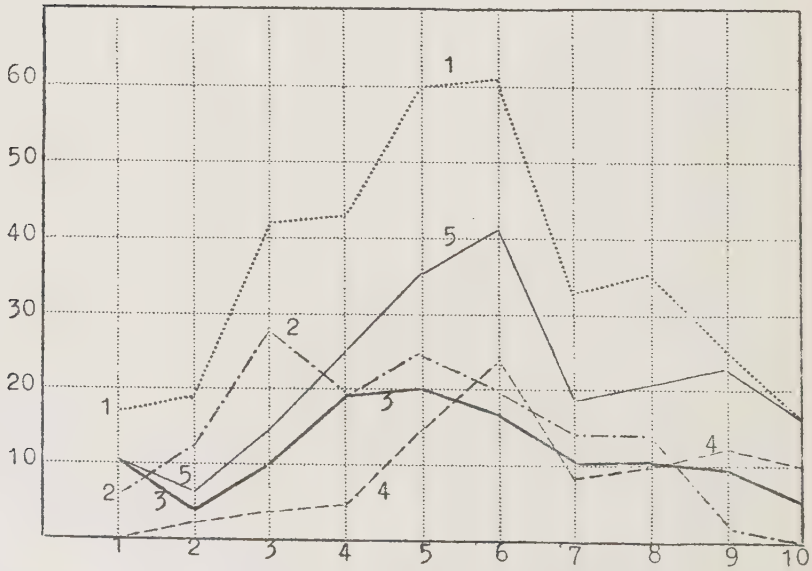
In Folgendem habe ich die Monate der Schwangerschaft zusammengestellt, in denen sich diese Frauen befanden. Man kann an der nachfolgenden Tabelle (Tab.IX), besonders gut aber an den Kurven, die interessante Feststellung machen, daß die Ledigen ihren Höchstpunkt im dritten Monat haben, während allgemein der Gipfel zwischen dem 5 und 6. Monat liegt. Dies läßt sich so erklären, daß natürlich die Unverheirateten das Bestreben haben, ihr Kind möglichst in der Ehe und wohl auch möglichst lange nach der Eheschließung zur Welt kommen zu lassen, das sie also auch in den ersten Monaten zur Untersuchung brachte. Gut paßt zu dieser Ansicht die Kurve 4, eine graphische Darstellung derer, die während der Schwangerschaft geheiratet haben. Der Scheitelpunkt liegt hier beim 6. Monat.

Monat	1	2	3	4	5
Früh	17	6	11	0	11
2	18	12	4	2	6
3	42	28	16	4	14
4	43	19	19	5	24
5	60	25	20	15	35
6	61	20	17	24	41
7	33	14	10	9	19
8	35	14	11	10	21
9	25	2	10	13	23
10	16	0	6	10	16
	350	140	118	92	210

Tab.9. Graviditätsmonate.

1 = Zusammen
2 = Ledige
3 = Verheiratete
4 = Während der Schwangerschaft geheiratet
5 = 3 + 4, also alle Verheirateten.

Monat	1	2	3	4	5	
1	17	6	11	0	11	
2	18	12	4	2	6	
3	42	28	10	4	14	
4	43	19	19	5	24	
5	60	25	20	15	35	zur Kurvenzeichnung
6	61	20	17	24	41	
7	33	14	10	9	19	
8	35	14	11	10	21	
9	25	2	10	13	23	
10	16	0	6	10	16	



Darstellung des Graviditätsmonats, in dem die Frauen zur Untersuchung kamen.

Bei den genaueren Untersuchungen der Schwangeren wurden einige Besonderheiten festgestellt, die auf eine Komplikation des Geburtsverlaufs, eine Schädigung von Mutter oder Kind hindeuten. Ich beschränke mich auf die Angabe der gestellten Diagnose. So fand man 1 Beckenendlage, 1 plattes Becken, 3 allgemein verengte Becken, 1 schwach verengtes Becken auf Grund früherer Hüftgelenktuberkulose, 2 wahrscheinliche Retroflexiones uteri fixae, 1 Verdacht auf Placenta praevia, 1 frühere Uterusperforation. Ferner hatten 2 Frauen eine floride Gonorrhoe - außerdem gab eine an, früher eine Go. gehabt zu haben - und 1 eine alte Lues. Dann hatten noch 4 Schwangere eine Cystopyelitis, 6 hatten Varicen, 7 Oedeme, davon 2 an der Vulva.

Ehe ich die übrigen Erkrankungen bespreche, will ich noch auf die Ergebnisse der inneren Untersuchung eingehen.

Die Vagina war bei 31 etwas eng, was jedoch in diesem Maße nicht als pathologisch anzusehen sein dürfte.

Die Feststellung der Größe des Uterus ergab, daß er in 18 Fällen klein, in 48 reichlich groß, in 35 Fällen als hypoplastisch anzusprechen war. Was seine Stellung anbelangt, so war sie 12 mal spitzwinklig zu bezeichnen, 36 mal war es eine reine Streckstellung. 2 Frauen hatten eine auffallend starre Gebärmutter. Seine Lage im kleinen Becken war bei 50 Untersuchten antevertiert, bei 110 retroflektiert, mobil. Von letzteren trugen 3 Ringe, 2 sind dieserhalb bereits einmal laparatomiert, 1 ist in Behandlung, da sie steril ist. In einem weiteren Fall konnte nicht mit Sicherheit eine Fixation ausgeschlossen werden. Im ganzen haben also 321 (23,7 %) einen nicht als völlig normal zu bezeichnenden Uterus, davon allein 160 eine Lageanomalie; hiervon hatten sich bisher nur die in Behandlung begeben, die sehr starke Beschwerden hatten. Ueber die Aetiologie der Erkrankung ließ sich nichts feststellen. Die 35 Fälle mit hypoplastischem Uterus waren von normalem femininen Typus mit sonst gut entwickeltem Genitale.

Die Palpation der Adnexe ergab 7 mal nicht völlig freie Beweglichkeit, 21 mal Verdickungen und 16 mal Verwachsungen. Von diesen letzten waren 9 beiderseitig, hiervon wiederum 1 entzündlicher Art; von den Verdickungen waren nur 2 beidseitig. Unter den 19 einseitigen,

deutlich fühlbaren Vergrößerungen waren 7 auf Ovarien-cysten zurückzuführen; bei weiteren 5 ging die Schwellung ebenfalls mit Sicherheit vom Ovar aus.

Das Parametrium war fast immer normal, nur in 1 Fall schien es nicht vollkommen frei. In 3 Fällen war es straff und kurz. Pathologische Prozesse schienen diesen Veränderungen nicht zu Grunde zu liegen.

Nun zu der so häufigen Erscheinung des Fluor, an dem so ungeheuer viel Frauen leiden. Von meinem Material sind es allein 287, also 21,3 % (69 waren hiervon schwanger). Was zunächst seine Quantität anbetrifft,so gaben 115 an, nur etwas Ausfluß zu haben; bei 40 war er dagegen stärkerer Art; bei 1 Frau verstärkte er sich nur nach der Regel. Das Auftreten des Fluor beschränkte sich bei 10 auf die Tage vor, bei 13 auf die Tage nach und bei 14 auf die Tage vor und nach der Menstruation. Ferner hatte 1 Frau ihn nur bei Beginn der Regel; 10 hatten ihn seit dem letzten Partus, 2 seit einem Abort. Die Ursache des Ausflusses war in 9 Fällen eine Vaginitis, in 2 Fällen ein Cervixkatarrh, bei 1 Frau ihre Cervix-Gonorrhoe, bei 5 ihre Adnexerkrankung.

Bei der Sekretuntersuchung fand ich im Vaginalsekret in 39,9 % (bei 539) Leukocyten, in dem der Cervix in 22,2 % (bei 273) und im Urethrasekret in ebenfalls 22,2%. Das Sekret der Vagina war in 47,9 % (646) Mischflora, in 25 % (337) Stäbchenflora, in 2.3 % Kokkenflora. Gonokokken fand ich in 4 Abstrichen, die uns 3 Urethral- und 1 Cervix-Go. diagnostizieren ließen. Von diesen war eine Frau verheiratet, zwei verheiratet u n d schwanger und eine ledig. 0.3 % meines Materials haben also eine akute Gonorrhoe, ein - noch dazu für eine Hafenstadt - sehr niedriges, aber dafür umso erfreulicheres Ergebnis.-

Von weiteren Erkrankungen ließ sich bei 2 eine Vulvitis feststellen, bei 48 Vaginitis - davon hatten 2 eine sehr schwere -, bei 2 Cystitis, bei 4 Urethritis, bei 23 Cervixkatarrh (1 schwerer Fall) und bei 1 Frau eine Endometritis. Bartholini'sche Cysten hatten 2, Ovariencysten 7. Ferner hatte eine Frau Basedow und war dieserhalb schon sterilisiert. 3 hatten Unterleibs-Tuberkulose und zwar 1 Adnex-, 1 Peritoneal- und 1 Adnexperitonealtuberkulose. Chronische Pelveoperitonitis hatten 4, chroni-

sche Adnexerkrankung 12, wovon 1 entzündlich war und 4 auf Go.-Basis entstanden waren.-

Es konnten somit bei 117 Frauen Erkrankungen festgestellt werden, die zum Teil erst durch diese Untersuchung zur Behandlung gekommen sind.-

Nun ist die Frage zu prüfen, ob durch eine dieser akuten oder chronischen Krankheitszustände oder auch durch operative Eingriffe die Fertilität zweifelhaft oder sogar unmöglich geworden ist, da der Wahrscheinlichkeitsgrad der Schwangerschaftsfähigkeit auf die Gewährung des Ehestandsdarlehens neben den bereits erwähnten Punkten ebenfalls von hoher Bedeutung ist. Man glaubte bei der ersten Untersuchungsserie an verschiedenen Orten den Gesetzeswortlaut dahingehend auslegen und verstehen zu müssen, daß bereits die nur eingeschränkte Fertilität zu den Gründen zu zählen sei, die eine Ablehnung verlangten. Erst später machten die maßgebenden Stellen darauf aufmerksam, daß diese Auffassung falsch und die Genehmigung in derartigen Fällen zu erteilen sei. Außer hier in Kiel war z.B. auch in Plauen das Gesetz so verstanden. Jetzt ist es so, daß die weiblichen Bewerber abgelehnt werden, deren Schwangerschaftsfähigkeit bestimmt unter 50% liegt. Von meinem Material ist sie überhaupt eingeschränkt bei 51 Frauen und zwar bei 1,1 % (16) wenig verringert, bei ebenfalls 1,1 % zweifelhaft. Beide Befunde waren also besonders für die erste Gesetzesauslegung von Wichtigkeit. Unwahrscheinlich war sie bei 0,99 % (13), unmöglich bei 0,45 % (6). Ich führe im folgenden die einzelnen Befunde an, zuerst die der Frauen, deren Fertilität wenig verringert ist. Von diesen 16 sind 9 verheiratet; 4 Frauen haben je 1 Kind, 1 hat 2; 1 hat einen Abortus durchgemacht. Ledig sind 7, von denen 2 einen Abort gehabt haben. Ehe ich auf die einzelnen Fälle eingehe, muß ich noch erwähnen, daß bei den meisten zur Sicherung und Klärung der Diagnose eine Utero-Salpingographie gemacht worden ist.

1. Die erste der drei Frauen, die einen Abort gehabt haben, ist dieserhalb hier vor drei Jahren ausgeräumt. Sie hat eine chronische Adnexerkrankung links. Die Adnexe dieser Seite ist verdickt, rechts ist sie frei.

2. Die zweite ist nach dem Abort laparatomiert, wobei die linke Adnexe extirpiert wurde. Der Uterus hängt nach links und ist auf dieser Seite nicht frei beweglich. Er befindet sich ferner in Streckstellung und Retroversio.

3. Bei der dritten ist wegen Schwangerschaftstoxikose der arteficielle Abort durch Laparatomie (Fundusschnitt) gemacht. Die Querschnittswunde ist gut verheilt. Uterus und Adnexe sind o.B.

4. Außer diesen haben zwei weitere bereits Operationen hinter sich. Die eine ist 1929 laparatomiert und hatte danach noch einen Partus. Der Uterus ist antevertiert, anteflektiert und federnd fixiert.

5. Die andere ist schon zweimal operiert: zuerst wegen Appendicitis mit Peritonitis, das zweite Mal wegen Verwachsungen, wobei das rechte Ovar teilreseziert wurde. Die Adnexe links ist besser tastbar. Die sonstige Palpation ist o.B.

6. Der Tuberkuloseverdacht bei der nächsten Patientin ließ sich nicht bestätigen. Die rechte Adnexe scheint nicht frei beweglich, die rechte Tube ist wenig fixiert.

7. Fräulein X. hat schon früher Regelschmerzen (zu Beginn) und Ausfluß gehabt sowie Schmerzen im linken Unterbauch. Sie hat eine Adnexitis links. Die Sekretuntersuchung ergab außerdem eine floride Cervix-Gonorrhoe! Der Uterus ist retrovertiert; sie trägt einen Ring. Palpatorisch lassen sich keine sicheren pathologischen Veränderungen feststellen.

8. Bei den übrigen Frauen dieser Reihe ist die Fertilität durch Erkrankung der Adnexe in Frage gestellt. Die erste dieser 9 Patientinnen hat vor einer Woche angeblich eine Appendicitisattacke gehabt. Die Adnexe links ist etwas fixiert, rechts frei. Der Uterus ist anteflektiert, normal.

9. Die beiden nächsten haben eine chronische linksseitige Adnexerkrankung. Bei der einen ist die Adnexe links

verdickt und wahrscheinlich fixiert. Der Uterus ist groß, antevertiert und anteflektiert.

10. Bei der zweiten ist ebenfalls die linke Adnexe verdickt und außerdem druckempfindlich. Die Menstruation ist unregelmäßig: zu häufig und verschieden stark. Schon 1930 war sie wegen dieser Regelstörung in Behandlung.

11. Der nächste Fall, der 1930 eine Appendektomie und Peritonitis durchmachte, zeigt die chronische Adnexerkrankung rechts. Die Adnexe ist hier verdickt, links ist sie frei. Der Uterus ist derb, anteflektiert.

12. Zwei weitere Frauen haben Reste alter Adnexerkrankungen. Die rechte Adnexe dieser einen Frau ist fixiert, doch nicht vergrößert, links ist sie völlig frei. Sonst ist das Genitale palpatorisch normal.

13. Bei der anderen Frau scheint die linke Adnexe fixiert, Der Uterus ist in Streckstellung stark retroponiert. Sie hat ferner mittelstarken Ausfluß.

14. Frau Z. hat eine alte Entzündung der linken Adnexe, die etwas verdickt und fixiert ist. Der Uterus ist retrovertiert und nach links verzogen.

15. Die Anamnese der nächsten ergab, daß sie 1930 eine doppelseitige Adnexerkrankung mit starkem Go.-Verdacht gehabt hat. Die Kontrolle bestätigte den Verdacht nicht. Die Adnexen sind palpatorisch frei. Der Uterus ist anteflektiert und leicht retrovertiert.

16. Die letzte Patientin dieser Gruppe hatte 1931 eine Endometritis und links einen Adnextumor und wurde dieserhalb abradiert. Während die Adnexe rechts anscheinend frei ist, zeigt sie links einen gut hühnereigroßen chronischen Tumor.

Außer dem Fall 2, der wegen seiner Gonorrhoe abgelehnt - zumindest, wie es hier gehandhabt ist, zurückgestellt - werden muß, würde heute also allen diesen Frauen das Unbedenklichkeitszeugnis ausgestellt werden.

Nun zu den 16 Fällen, deren Fertilität zweifelhaft, also wesentlich stärker eingeschränkt ist. Es sind von

diesen 10 verheiratet, davon hatten 5 einen Partus, 1 einen Abortus; von den 6 Ledigen hatte 1 eine Geburt und 2 eine Fehlgeburt hinter sich.

1. Zunächst wieder die Befunde der Frauen, die abortiert haben. Die erste hat eine Fehlgeburt mit anschließender Pelveoperitonitis gehabt. Ihre links fixierte, nicht nennenswert vergrößerte Adnexe läßt sich als Rest einer alten Adnexerkrankung auffassen. Der Uterus ist frei. Die Fertilität erscheint somit nicht stark herabgesetzt.

2. Die zweite dieser Patientinnen hat einen septischen Abort gehabt. Ihre Regel ist stark. Es sind geringe Reste einer alten Erkrankung der Adnexe, die nicht einwandfrei beweglich ist, anzunehmen, sodaß die Fertilität nicht sicher ist.

3. Die beiden nächsten sind wegen Tubargravidität laparatomiert. Bei der einen wurde dabei die rechte Tube extirpiert. Die Adnexe links ist etwas fixiert. Der Uterus ist nach dieser Seite verzogen. Weitere gröbere Abweichungen fehlen. Die Fertilität ist vermindert.

4. Auch bei der anderen Frau ist die Fertilität noch möglich. Bei der Operation wurde außer einer Tube noch ein cystisches Ovar entfernt. Der Uterus ist anteflektiert, normal.

5. Eine Salpingektomie ist bei der nächsten der Untersuchten gemacht. Obwohl die linke Adnexe frei ist, ist die Fertilität herabgesetzt. Das Vaginalsekret ist eitrig.

6. Bei einer weiteren Patientin ist die Graviditätsmöglichkeit zweifellos vermindert, da sie wegen Adnexperitoneal-Tuberkulose laparatomiert worden ist, wobei die rechte Adnexe extirpiert wurde. Der Uterus ist nicht völlig frei beweglich; es sind Verwachsungen von links nach vorn und zur linken Adnexe vorhanden.

7. Das Untersuchungsergebnis von Frau F. ergibt, daß der Uterus retroflektiert und knapp normal groß ist. Im Douglas sind kleine Knötchen festzustellen, die eine Tuberkulose des Peritoneums in den Bereich der Möglichkeit ziehen, sodaß die Fruchtbarkeit als unsicher zu bezeichnen ist.

8. Ebenfalls möglich, aber nicht sicher, ist die Fertilität bei der nächsten Frau, da sie einen retroponierten, hypoplastischen Uterus hat. Die Adnexen sind wahrscheinlich frei, nicht vergrößert.

9. Fräulein B. ist abradiert wegen Endometritis. Der Uterus ist retroflektiert, offenbar fixiert. Die Fertilität scheint nicht voll vorzuliegen.

10. Hier ist die Fruchtbarkeit vermindert durch einen Status nach Forceps mit Blasenscheidenfistel. Bei vielleicht doch eintretender Schwangerschaft müßte eine Sectio gemacht werden. Der Uterus ist frei beweglich. Narbenzustand.

11. Drei weitere Frauen haben Gonorrhoe hinter sich; die erste hatte sie 1927. Da Uterus normal und Adnexe nicht pathologisch erscheinen, scheint die Graviditätsmöglichkeit vorzuliegen.

12. Die zweite hatte 1928 ihre Go. Der Uterus ist dextrovertiert, die rechte Adnexe ist nicht sicher frei beweglich, sodaß hier Reste einer alten Adnexerkrankung zu liegen scheinen. Somit ist die Fertilität nicht hundertprozentig.

13. Die dritte hatte 1929 Gonorrhoe mit Pelveoperitonitis. Die Reste alter Entzündung der Adnexe liegen hier links, wo diese nicht frei beweglich ist. Der Uterus hängt nach dieser Seite und nach hinten und ist völlig retroflektiert. Die Möglichkeit einer späteren Schwangerschaft ist verringert, aber nicht ausgeschlossen.

14. Die letzten drei Frauen dieser Gruppe haben gleichfalls chronische Veränderungen der Adnexe. Diese ist bei der ersten 37jährigen Patientin links fixiert; nach ihr hängt der anteflektierte Uterus herüber. Schon wegen des Alters ist die Fruchtbarkeit zweifelhaft.

15. Patientin hatte früher viel Leibschmerzen. Die Untersuchung ergab, daß der retrovertierte, nicht völlig frei bewegliche Uterus nach hinten an den beiderseits verdickten Adnexen hängt. Die wahrscheinlich chroni-

sche Adnexerkrankung macht die Fertilität zweifelhaft.

16. Bei der letzten Frau liegt auch sicher eine chronische Erkrankung der Adnexen vor; sie sind beide fixiert und an sie ist wiederum der Uterus fixiert, so daß hier die Fertilität fraglos vermindert ist.

Diesen 16 Antragstellerinnen würden wir ebenfalls bewilligende Antwort erteilen.

Anders ist es bei den nächsten 13 Fällen, bei denen die Schwangerschaftsmöglichkeit höchst fragwürdig ist, sicher also unter der 50 %-Grenze liegt. Es sind von diesen 7 verheiratet und 6 noch ledig. Von den Ehefrauen hatte keine einen Partus, doch 3 einen Abortus; von den Ehelosen hatten 2 einen Partus und 1 einen Abortus.

1. Fräulein K. hat eine chronische Adnexerkrankung links nach Abort. Der Uterus, der groß ist und sich in Streckstellung befindet, ist beiderseits umbacken von fester, teilweise cystischer Adnexe, die rechts fast faustgroß ist. Fertilität: sehr zweifelhaft.

2. Diese zweite Frau ist bereits zweimal laparatomiert wegen Extrauteringravidität. Die rechte Adnexe fehlt völlig, links blieb noch ein Tubenstumpf zurück. Das Ovar ist taubeneigroß. Fertilität: erheblich vermindert.

3. Bei der nächsten Patientin ist nach Extirpation der linken Tube und Teile der rechten, sowie Teilresektion beider Ovarien (1933) nur noch ein kleiner Tubenstumpf zurückgeblieben. Das rechte Ovar ist etwas groß und hart. Der Uterus ist ziemlich klein, stark anteflektiert und beschränkt beweglich. Fertilität: recht zweifelhaft.

4. In diesem Falle ist nach Entfernung der ganzen rechten und eines Teiles der linken Tube links nur noch ein Tubenrest vorhanden. Fertilität: auf 20-30% vermindert.

5. Die folgenden Frauen haben ihre Erkrankung offenbar auf Go.-Basis bekommen. Die erste von diesen hat eine

Adnexerkrankung, nachdem sie 1930 Gonorrhoe gehabt hat. Die Adnexen sind beiderseits fixiert, links verdickt. Der Uterus ist in seiner Beweglichkeit eingeschränkt. Fertilität: sehr ungewiß.

6. Die chronische beiderseitige Adnexerkrankung dieser Frau beruht ebenfalls auf einer Gonorrhoe, die sie 1930 hatte. Ferner hatte sie eine beiderseitige Eierstocksentzündung, sowie Adnexitis bei Partus. Die Adnexe ist beidseitig fixiert, rechts verdickt. Der Uterus ist groß, leidlich beweglich. Fertilität: sehr zweifelhaft.

7. Auch die dritte dieser Frauen hatte 1930 ihre Go. Seitdem hat sie ihre chronische Pelveoperitonitis. Die Adnexe ist fixiert; der Uterus ist weich, nicht frei beweglich, retrofixiert. Fertilität: sehr fraglich.

8. Die nächste Patientin hat ebenfalls eine Pelveoperitonitis chronica durch Go.-Ascension. Den Neisser hatte sie 1930, ebenso eine Eierstocksentzündung. Die Adnexen sind beiderseits fixiert. Der Uterus ist nicht völlig frei beweglich. Fertilität: sehr gering.

9. Die letzte dieser Frauen hat eine Ascensions-Pelveoperitonitis durch rezidivierende Gonorrhoe, die sie 1932 gehabt hat. Die Adnexen sind beiderseits fixiert, der Uterus ist leidlich beweglich. Fertilität: höchst fragwürdig.

10. Frau M. ist bereits 41 Jahre und war bisher nie gravid. Die Adnexen sind nicht wesentlich verdickt, der Uterus ist palpatorisch normal. Fertilität: unwahrscheinlich.

11. Die weiteren Befunde zeigen wiederum alte Adnexerkrankungen. Eine dieser letzten Frauen hatte 1924 eine Parametritis. Der Uterus ist knapp normal groß, völlig retroflektiert und fixiert mit beiden Adnexen. Es liegt eine chronische doppelseitige narbige Adnexerkrankung vor. Fertilität: negativ, mindestens stark herabgesetzt.

12. Die nächste hatte bereits 1916 eine entzündliche Unterleibsaffektion. Die rechte Adnexe ist verdickt, schwartig fixiert, nur die linke ist etwas beweglich. Der Uterus ist dextroflektiert und fixiert. Fertilität: höchst zweifelhaft.

13. Die letzte Frau hat links einen hühnereigroßen Adnextumor, der fixiert und indolent ist. Der Uterus ist normal. Fertilität: vermutlich steril.

Zu diesen 13 Fällen kommen hinzu die letzten 6 Fälle, bei denen keine Schwangerschaftsmöglichkeit mehr besteht. 5 sind hiervon verheiratet, 1 von diesen hat drei Kinder; 2 haben einen Abort gehabt. Ledig ist 1, sie hat weder Partus noch Abortus hinter sich.

1. Der erste dieser Fälle zeigt einen Status nach Operation wegen Dermoidcyste und chronischer Pelveoperitonitis (1932). Der Uterus ist retroponiert, das linke Ovar fest eingebacken. Beide Tuben und das rechte Ovar fehlen.

2. Diese Frau ist laparatomiert wegen entzündlicher Tumoren; außerdem ist eine Appendektomie gemacht. Der Uterus hängt nach rechts. Von den Adnexen ist nur noch das rechte Ovar vorhanden.

3. Bei der nächsten Patientin haben wir einen Status nach schwerer Pelveoperitonitis-Operation (1929). Der Uterus ist eingeschränkt beweglich. Beide Tuben und das rechte Ovar fehlen.

4. Hier haben wir einen Fall nach Interruptio und Tubensterilisation wegen Basedow vor uns. Uterus und Adnexe sind eingeschränkt beweglich.

5. Frau K. hat wahrscheinlich eine doppelseitige schwere Adnextuberkulose. Der Uterus steht in Streckstellung und ist beiderseits fixiert durch verdickte, verbackene Adnexen.

6. Zum Schluß einen Status nach Extirpation beider Tuben, hoher Amputatio corporis uteri und des linken Ovarialpols wegen multipler Myome, Salpingitis isthmica und Pelveoperitonitis chronica adhaesiva. Es ist nur noch ein Teil des Uterus und des rechten Ovars vorhanden.

Was nun die Gesamtzahl der Ablehnungen anbetrifft, so kommt das hiesige Gesundheitsamt auf eine Zahl von 8,9% und zwar 6,4% der Männer und 11,1% der Frauen. v. K ö n i g - Plauen erreichte 9,58%. Ich füge hier die von K l o s e und B ü s i n g - Kiel mitgeteilte Tabelle ein, aus der ersichtlich ist, wie sich die einzelnen Zahlen auf die einzelnen Gründe der Ablehnung verteilen. Es sind dies ebenfalls die Ergebnisse der ersten Untersuchungsserie.

Ablehnung wegen	bei Frauen	bei Männern	Gesamtsumme
schwere psychische Degeneration in der Erblinie	5	8	13
Schwachsinn und Debilität	20	8	28
Psychopathie	2	3	5
Wa.R.: positiv	2	5	7
frische Go.		1	1
vererbbare Mißbildungen	1		1
Lungentuberkulose	1		1
ausgeschlossene oder sehr unwahrscheinliche Fertilität infolge:			
a) chron.Erkrkg. des Genitale	10		10
b) zu engen Beckens	1		1
c) Präklimakterium	1		1
Summe:	43	25	68

Tab.10. Ablehnungen.

Die Hauptzahl der Ablehnungen entfällt also naturgemäß auf die Geisteskrankheiten. Es geht klar daraus hervor, welch bedeutenden Einfluß das Gesetz auf die Aufdekkung erbkranker Linien in unserem Volke ausübt. Nicht weniger erfolgreich sind die Auswirkungen auf bevölkerungspolitischem Gebiet, soweit es sich bereits jetzt übersehen läßt. So hatten wir bereits im Jahre 1933 eine Heiratszunahme von 23,7 vom Hundert, 1934 sogar eine solche von 40,0 v.H. gegenüber der Zahl von 1933. Besonders erfreulich ist, daß endlich auch die Zahl der Geburten wie-

der im Ansteigen begriffen ist. Diese Tatsache läßt vermuten, daß nunmehr zumindest zunächst der zunehmenden Abnahme der Bevölkerungszunahme gesteuert ist. So sind in der ersten Hälfte des Jahres 1934 = 86503 Kinder mehr geboren als im gleichen Zeitraum des Jahres 1933, und es besteht Grund anzunehmen, daß diese Zahlen weiter im Zunehmen begriffen sind. Neben der allgemeinen Aufklärung aller Volksgenossen, wie ungeheuer wichtig für die Zukunft unseres Volkes, für unser Fortbestehen überhaupt ein Steigen der Bevölkerungszahl ist, hat ohne Frage dieses "Gesetz zur Förderung der Eheschließungen" hieran hervorragenden Anteil.

Wie segensreich es sich auch in rein wirtschaftlicher Beziehung ausgewirkt hat, ersehen wir aus den entsprechenden Mitteilungen. So hat man festgestellt, daß bereits ein Jahr nach Inkrafttreten durch dieses Gesetz allein eine Entlastung des Arbeitsmarktes um 400 000 erreicht worden ist. Das bedeutet eine Verminderung des Finanzbedarfs der Erwerbslosenhilfe um nicht weniger als 200 Millionen Mark. Hinzu kommen ferner auf dem Gebiete der Arbeitsbeschaffung neben der direkten Wirtschaftsbelebung durch vermehrte Einrichtung von Hausständen die dadurch bedingte Verbesserung der Aufkommen an Steuern, Abgaben und sozialen Versicherungsbeiträgen.

Wir sehen hieraus, welch günstige Auswirkungen das Gesetz auch auf wirtschaftlichem Gebiete gezeitigt hat. Viele Volksgenossen konnten wieder in den Arbeitsprozeß eingegliedert werden. Vielen brachte erst die finanzielle Unterstützung die Möglichkeit, eine Ehe zu schließen. Daß der Staat nur eine Heirat unterstützen will, deren Partner gesund und fähig sind, dem Volke gesunde Kinder zu schenken, ist im Rahmen der großzügigen Gesundheits- und Bevölkerungspolitik unserer Staatsführung durchaus verständlich. Es muß aber angestrebt werden, daß nicht nur die Vertreter der Volksschicht, die das Darlehen erhalten, Garanten eines gesunden Nachwuchses sind, sondern jedes Paar, das heiratet! Es soll also daraus die Forderung abgeleitet werden, daß nur der eine Ehe eingehen darf, der die entsprechenden Bedingungen dieses Gesetzes, die darauf Anwendung finden können, erfüllt hat. Am zweckmäßigsten erscheint es, wenn jedem Untersuchten ein

"Gesundheitszeugnis" ausgestellt und ausgehändigt wird, ohne das eine Eheschließung überhaupt nicht möglich sein darf. Die Gewißheit für den Staat, gesunden Nachwuchs zu erhalten, wird so durch die Ausdehnung der pflichtgemäßen Untersuchung auf alle Bevölkerungsschichten wesentlich erhöht.

So sind die Bestimmungen dieses Gesetzes vielleicht Meilensteine auf dem Wege zum "Gesundheitszeugnis"! Bis dieser Weg bis dahin beschritten werden kann, wird unser "Gesetz zur Förderung der Eheschließungen" weitere große Erfolge bringen, und es heißt, einer unbedingten Gewißheit Ausdruck verleihen, wenn ich sage, daß diese sich steigern werden zum Wohle der Zukunft unseres Volkes!

* * * * *

Literatur:

Freiin v. König, Deutsches Aerzteblatt 1934 Nr.4.

Federhen, Z.Gesdht.verw. 1933 Nr.21.

Klose u. Büsing, Zeitschrft.f.Gesdht.verw. und Gesdht. fürs.1934 Heft 4.

Klose u. Büsing, Klinische Wochenschrift 1934 Nr.16.

Stöckel, Gynäkologie.

Veit-Stöckel, Handbuch der Gynäkologie, herausgegeb.v. R. Schröder.

Reichsgesetzblatt Nr.60/1933, Nr.67/1933, Nr.87/1933, Nr.137/1933, Nr.13/1934.

* * * * *

Vorliegende Arbeit wurde ausgeführt an der Universitäts-Frauenklinik der Christian-Albrechts-Universität in Kiel auf Anregung von Herrn Prof. Dr. K e s s l e r .

Es ist mir eine angenehme Pflicht, an dieser Stelle meinen hochverehrten Lehrern Herrn Prof. Dr. S c h r ö d e r und besonders Herrn Prof. Dr. K e s s l e r , sowie Herrn Stadtmedizinalrat Dr. K l o s e für das der Arbeit entgegengebrachte Interesse und die mir jederzeit bereitwilligst erteilten wertvollen Ratschläge meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf

Am 18.November 1909 wurde ich als Sohn des Apothekers und Chemikers Dr. phil. Theodor Rautmann in Berlin geboren. Ich besuchte hier das Königstädtische Gymnasium. Im Jahre 1920 verzogen meine Eltern, sodaß ich auf die "Staatliche Große Schule" in Wolfenbüttel umgeschult wurde. Hier machte ich 1930 mein Abitur. Ich studierte dann in Göttingen, München und Rostock, wo ich mein Physikum bestand. 1933 ging ich dann nach Kiel, um hier mein Staatsexamen zu machen.

- - - - -